

ETUDE CLINIQUE
SUR LA
COEXISTENCE DU FIBROME
ET DE
L'EPITHÉLIOMA DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1935

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

Mention « Médecine »

PAR

SÜSS (Joseph)

né le 18 décembre 1908, à Pasička-Oftinowska (Pologne)

Examineurs de la Thèse : { MM. HOCHÉ, Professeur Président.
FRÉLICH, Professeur . . .
BINET, Agrégé } Juges.
BODART, Agrégé }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ETUDE CLINIQUE
SUR LA
COEXISTENCE DU FIBROME
ET DE
L'EPITHÉLIOMA DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1935

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

Mention « Médecine »

PAR

SÜSS (Joseph)

né le 18 décembre 1908, à Pasička-Oftinowska (Pologne)

Examineurs de la Thèse : { MM. HOCHE, Professeur Président.
FRÉLICH, Professeur . . . }
BINET, Agrégé } Juges.
BODART, Agrégé }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; WEISS, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$;
BOUIN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; ANCEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; GARNIER, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; MACÉ, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$;
P. PARISOT, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; DUFOUR, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; G. THIRY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHINSCHOLZ, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$, $\text{\textcircled{B}}$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
	M. WATRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. M. PERRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, professeur
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Education physique (I)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique neurologique (I)	M. L. MERKLEN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A $\text{\textcircled{U}}$.	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A $\text{\textcircled{U}}$.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.	DROUET, A $\text{\textcircled{U}}$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$.	SIMONIN, A $\text{\textcircled{U}}$.
WOLFF.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; S. RÉMY, I $\text{\textcircled{U}}$; BUSQUET, I $\text{\textcircled{U}}$;
M. FAIRISSE, I $\text{\textcircled{U}}$; BINET, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

M. E. TRIBOLET, I $\text{\textcircled{U}}$, Secrétaire

(I) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MES PARENTS

*Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance et de mon affection.*

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

Meis et Amicis

A notre Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR HOCHÉ

Professeur d'Anatomie pathologique
Directeur du Centre anticancéreux de Lorraine
Chevalier de la Légion d'honneur

*Nous lui exprimons notre profonde
gratitude pour la bienveillance qu'il
nous a toujours témoignée. En hom-
mage de notre très vive admiration
et de notre sincère reconnaissance.*

A nos Juges:

M. LE PROFESSEUR FRÉLICH

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile et d'Orthopédie
Chevalier de la Légion d'honneur

*Il a été pour nous un Maître dont nous
retiendrons le précieux enseigne-
ment. Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de notre respectueuse
admiration.*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

Professeur agrégé de Clinique Gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hom-
mage de notre respectueuse gratitu-
de pour l'honneur qu'il nous a fait
en nous inspirant ce travail.*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

*Qui nous a toujours aidé au cours de
nos études et qui a bien voulu nous
faire l'honneur de juger ce travail,*

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Le travail que nous entreprenons a pour but de grouper un certain nombre d'observations cliniques concernant la coexistence de fibromes et de cancers du col.

Le sujet de ce travail nous a été suggéré par un de nos Maîtres, M. le Professeur agrégé BINET, à la suite d'une intéressante observation personnelle et de quelques observations à la clinique gynécologique.

Dans toutes les observations publiées l'évolution est la même: un fibrome apparaît d'abord, puis au bout d'un temps plus ou moins long, un épithélioma se développe à côté du fibrome qu'il peut envahir secondairement, mais dont il reste le plus souvent isolé.

Cette question offre un intérêt clinique et thérapeutique.

Au point de vue clinique on constate que le cancer apparaît de façon insidieuse le plus souvent à l'époque de la ménopause. Sa symptomatologie se manifeste à l'ombre de celle du fibrome dont on a souvent la notion préalable et qui autorise l'optimisme persistant du médecin traitant. Il convient donc d'avoir présente

à l'esprit la notion de la cancérisation toujours possible d'un utérus fibromateux, afin qu'un traitement convenable puisse être entrepris en temps utile et c'est alors en même temps l'intérêt thérapeutique.

Dans ces quelques pages de notre travail, nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète de la question des fibromes et cancers utérins; cette tâche eut été au-dessus de nos forces. Nous avons eu pour simple but, de grouper un certain nombre d'observations prises dans les différents services des hôpitaux de Nancy et surtout au « Centre anticancéreux de Lorraine » dirigé par M. le Professeur HOCHÉ, de les analyser et d'en tirer une déduction pratique, tant au point de vue du diagnostic, qu'au point de vue du traitement.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Tous les auteurs anciens admettaient la possibilité de transformation cancéreuse de tumeurs fibreuses de l'utérus. MORGAIN VAN SURETIN, VALENTIN et bien d'autres regardaient le cancer comme la période ultime de l'induration fibreuse, de même que, par exemple, l'induration du sein précède le cancer de cet organe.

La possibilité de cette dégénérescence est niée par BROCA, CORNIL et RANVIER, SIREDEY et DANLAS, POZZI, COSTRES, HYENNE, qui admettent que, dans les cas publiés il s'agit non de dégénérescence épithéliale de myomes, mais seulement de développement simultané d'un myome et d'un cancer.

Cette coexistence des tumeurs fibreuses et du cancer de l'utérus est signalée fréquemment en France et à l'étranger. C'est surtout en Allemagne que cette question a été l'objet de publications, de dissertations inaugurales, celles de Max BOETICHER (1884), de WAGNER (1886) et d'autres.

En France pour tout ce qui est antérieur à 1904, nous renvoyons à la thèse de PIQUARD sur les

complications de fibromyomes et aussi à son article, paru en 1905, dans les « Annales de Gynécologie », « fibromes et cancers utérins ». Ces travaux apportent une documentation riche de 360 observations de coexistence de fibromes avec cancer, soit du corps, soit du col, une classification anatomo-pathologique précise et une biographie basée sur de nombreuses références.

Depuis 1905, il a paru sur le sujet qui nous occupe quelques thèses et de nombreux articles dans les journaux français et étrangers comportant surtout des recherches « statistiques » et des considérations générales visant la question du diagnostic différentiel avec le fibrome pur et celle du traitement.

Les énumérer successivement serait trop long et sans intérêt puisqu'ils constituent des documents épars, sans lien entre eux.

En rapprochant les chiffres donnés par les différents auteurs, comme évaluation du taux de fréquence de l'association du cancer et du fibrome, on peut établir un taux moyen de cette complication qui est 2,80 % environ.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Observation personnelle de M. le professeur BINET)

M^{me} R. V..., âgée de 46 ans, se présente, envoyée par son médecin, pour hémorragies utérines très abondantes depuis deux ans. Ces hémorragies sont devenues dernièrement encore plus abondantes et mélangées de pertes séro-sanglantes, rosées, empesant le linge, survenant par gorgées, mais sans odeur, qui sont passées au premier plan du tableau clinique.

L'évolution s'est faite pendant quelques mois sans douleurs, mais avec une sensation de pesanteur dans le bassin, et des besoins fréquents d'uriner et d'aller à la selle.

L'état général semble avoir été longtemps conservé : l'appétit et les forces n'ont fait défaut, aux dires de la malade, que dans les semaines précédentes.

Elle présentait cependant un amaigrissement progressif.

Etat actuel. — Il existe des pertes rouges, mais surtout des pertes roussâtres mal odorantes, marquant le linge par des taches caractéristiques des sécrétions muco-hématiques retenues dans l'utérus.

L'élément douleur est important, rendant pénible la marche.

L'état général est assez précaire, le teint est flétri et cireux.

Antécédents. — Mariée. Nullipare. Elle a été toujours réglée très normalement.

Examen. — On constate l'existence d'une tumeur abdominale présentant les caractères d'un fibrome et remontant au voisinage de l'ombilic.

Le toucher et le palper combinés montrent un très gros utérus, dont le corps présente des bosselures multiples, de consistance très dure.

Il existe, en outre, une ulcération bourgeonnante et irrégulière au niveau du col utérin, présentant tous les caractères d'épithélioma du col.

Il existe déjà une propagation dans le cul-de-sac gauche et postérieur.

La biopsie d'un fragment prélevé au col montre un épithélioma pavimenteux spinocellulaire.

Diagnostic. — En raison de la triade symptomatique existant au complet, il ne semble pas douteux qu'on ait affaire à une dégénérescence maligne du col utérin.

Cette lésion s'associe sans doute à des fibromes dont le palper fournit la notion.

Intervention chirurgicale. — En raison de l'abondance de métrorragies, M. le professeur BINET décide de pratiquer tout d'abord une hystérectomie subtotale et puis de faire une application du radium sur le col utérin 15 jours après l'intervention. L'hystérectomie totale n'étant pas possible en raison d'envahissement du paramètre par l'épithélioma.

D'autre part, le fibrome semble trop volumineux pour pouvoir être traité par la radiothérapie pénétrante ou par la curiethérapie.

L'opération est faite le 5 mai 1930. Dans un premier temps, on pratique l'hystérectomie subtotale qui se déroule sans incidents. La péritonisation est faite au catgut et le ventre est fermé en quatre plans de sutures sans drainage.

Suites opératoires. — Les suites opératoires sont très simples.

Quinze jours après l'intervention, application de 50 mgr. radiums-éléments (R. E.) pendant 5 jours au niveau du col

utérin au moyen d'aiguille radifère et de tube placés au niveau du col. Ce traitement curiethérapique est bien supporté.

Trois semaines après, pour agir sur le paramètre, on prie le docteur HENRIOT de faire huit séances de radiothérapie pénétrante. Celles-ci sont également bien supportées.

Pendant quelques mois, la malade paraît très améliorée. L'ulcération du col est cicatrisée, la femme reprend du poids et de l'appétit.

Puis, après six mois, les symptômes du néoplasme réapparaissent. La femme éprouve des douleurs assez vives dans les lombes et dans la région ano-rectale. Son appétit diminue et l'état général s'aggrave.

Quelques séances de radiothérapie sont encore pratiquées à ce moment, mais la cachexie progressive, les douleurs nécessitent des injections régulières de morphine et la malade succombe au progrès du néoplasme une année environ après l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION II

(A la Clinique gynécologique.

Service de M. le professeur BINET)

M^{me} A. E..., 44 ans, adressée par le Sanatorium Villemin, pour des pertes vaginales.

Entre au service le 4 décembre 1929.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans, était depuis cette date toujours réglée régulièrement et abondamment.

Elle a eu deux enfants bien portants.

Pas de fausses couches.

Dernier accouchement : il y a 20 ans.

Maladie actuelle. — Pertes rouges depuis le 1^{er} novembre 1929. Actuellement, les pertes sont devenues blanc-jau-nâtres, parfois rosées, d'odeur fétide.

Elle se plaint de douleurs lombaires et à la racine des cuisses. continuelles, rappelant les douleurs du type sciatique.

Palper abdominal. — On sent une masse dure, arrondie, régulière, peu mobile, remontant jusqu'à l'ombilic.

Toucher vaginal. — Col bourgeonnant, en chou-fleur. Le doigt ramène des glaires fétides, striées de sang. Le col est immobile. Le Douglas comblé par une masse que l'on saisit entre le doigt vaginal et la main abdominale.

On fait une biopsie, dont l'examen est fait par M. le professeur HOCHÉ, le 9 décembre 1929.

Voilà la réponse :

« Epithélioma pavimenteux lobulé, baso-cellulaire, avec ébauche de formations concentriques. Mitoses nombreuses. Infiltration leucocytaire ».

En se basant sur ces données cliniques et du laboratoire, on porte le diagnostic d'« *épithélioma du col avec fibrome du corps* ».

Traitement. — 1° On fait d'abord une séance de radium, le 12 décembre 1929;

2° Le 17 janvier, M. le professeur BINET décide de pratiquer une intervention chirurgicale, dont voici le compte rendu :

Opérateur : professeur BINET. Aide : VICHARD.

Anesthésie générale au Schleich.

On pratique une laparatomie médiane, sous-ombicale. Le ventre ouvert, on trouve un énorme fibrome de dimension d'une tête d'adulte.

On pratique une hystérectomie abdominale sub-totale. On péritonise.

A noter que le col est mobile.

On trouve sur la paroi vaginale postérieure une petite induration du volume d'une noisette et qui semble d'origine néoplasique.

On ferme le ventre en quatre plans de suture sans drainage.

3° Le 28 janvier 1930, on fait une deuxième séance de radium : 10 milligrammes dans le col, retiré le 4 février.

4° Entre le 4 et le 11 février, on complète le traitement par une série d'irradiations aux rayons X.

La malade a très bien supporté le traitement, mais on ne l'a pas revue depuis ce temps.

OBSERVATION III

(Publiée à la réunion Obstétricale et gynécologique de Nancy)

Séance du 18 janvier 1933, par M. J. GUIBAL,
chirurgien des Hôpitaux de Nancy.

M^{me} M..., 45 ans, réglée à 13 ans, toujours régulièrement, une fausse couche de deux mois à l'âge de 20 ans, un enfant à l'âge de 22 ans.

Depuis 1931 les règles sont plus abondantes et plus fréquentes ; elles durent une quinzaine de jours ; en même temps, la malade remarque l'augmentation de volume de son abdomen.

Lorsque nous examinons la malade pour la première fois, en décembre 1931, nous constatons l'existence d'une volumineuse tumeur dure, fibreuse, remontant presque jusqu'à l'ombilic ; cette masse est très mobile et se déplace avec grande facilité latéralement.

Au toucher, le fond du vagin est envahi par un col bourgeonnant occupant toute la largeur du vagin, les culs-de-sac sont encore perceptibles et assez souples en avant et à droite, mais à gauche et en arrière on observe une infiltration partielle du cul-de-sac.

Le corps utérin est difficilement perceptible entre le gros col vaginal peu mobile et la grosse tumeur abdominale.

Une biopsie donne le résultat suivant :

« Bourgeons néoplasiques massifs, cordons épithéliaux épais, les éléments constitutifs sont des cellules volumineuses à protoplasme clair et noyaux sombres. Groupements malpighiens. Nombreuses figures de mitoses. E.O.A. malpighien baso-cellulaire ».

Le 7 décembre 1932, le docteur ROY fait une application de radium après désinfection, soignée du col par des injections vaginales et des tamponnements à l'enterochir.

Le radium est bien toléré, mais la malade, dans les quinze jours qui suivent l'application, éprouve des crises douloureuses abdominales et pelviennes très intenses qui nécessitent des injections de morphine.

Le 20 décembre, les bourgeons épithéliaux du col ont presque totalement disparu, l'état général est assez touché; cependant, en raison de la tumeur abdominale, on décide d'intervenir.

Le 27 décembre, laparatomie médiane sous-ombilicale après gènescopolamine, morphine et anesthésie au mélange de Schleich, hystérectomie totale rendue difficile par la sclérose cicatricielle du fond du vagin, le col utérin lui-même est à peine perceptible. Mikulicz avec 5 mèches, suites simples; on enlève les mèches le huitième jour, le sac le neuvième jour.

La pièce opératoire montre un volumineux fibrome sous-séreux pédiculé de la corne utérine droite, le corps utérin lui-même est petit, le col, l'insertion vaginale du col et le segment vaginal juxta-cervical sont sclérosés.

OBSERVATION IV

(Par M. J. GUIBAL, chirurgien des Hôpitaux de Nancy)

M^{me} N..., 53 ans, réglée à 12 ans, pas d'enfants; pas de fausse-couche. Depuis 1930 augmentation progressive du volume du ventre, la malade ne s'en inquiète pas et ne consulte personne malgré l'existence de règles fréquentes et prolongées.

En septembre 1931, la malade éprouve de violentes coliques abdominales avec diarrhée profuse durant les premiers jours. Un médecin appelé pense à une poussée d'entérite simple et prescrit un régime et des désinfectants intestinaux. Quelques jours après, les accidents sont de plus en plus sérieux, la température est à 39°, le pouls à 140, la malade n'a plus de gaz depuis 48 heures et vomit tout ce qu'elle prend; c'est à ce moment que nous examinons la malade.

Facies franchement péritonéal, teint gris, yeux creusés, cernés, l'abdomen horriblement douloureux est contracté; on

perçoit cependant une énorme masse médiane remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, cette tumeur est dure et régulière et donne au palper l'impression d'un énorme fibrome.

Au toucher, on perçoit un col ulcéré suspect saignant, les culs-de-sac sont si douloureux que l'on ne peut pas prolonger l'examen. On porte le diagnostic de fibrome utérin avec péritonite diffuse d'origine salpingienne et néoplasma du col utérin probable.

Transportée d'urgence au service de M. le professeur MICHEL. Nous intervenons aussitôt avec l'aide du docteur ROUSSEAU. Anesthésie très superficielle au mélange de Schleich en raison de la gravité de l'état général de l'opérée : pouls 160, respiration rapide.

Laparatomie médiane et sous-ombilicale ; dès l'ouverture du péritoine s'écoule un flot de plusieurs litres de pus. Hystérectomie rapide d'un fibrome très volumineux de 30 centimètres de diamètre, les annexes sont pleines de pus et perforées ; la péritonite a bien pour origine la rupture de deux pyosalpinx en péritoine libre. Malgré l'état suspect du col, nous préférons nous borner à une simple hystérectomie subtotale faite en quelques coups de ciseaux en plein pus en laissant les pinces à demeure et en complétant cette intervention par la pose d'un sac de Mikulicz garni d'une douzaine de larges et longues mèches. Fermeture de la paroi en un plan aux fils métalliques.

Suites opératoires incidentées ; durant 48 heures, la malade est mourante malgré les tonicardiaques et les injections répétées de sérum. Elle se remonte cependant, le drainage est retiré progressivement ; à partir du huitième jour, l'écoulement est très abondant et la cicatrisation totale de la brèche abdominale se termine seulement en janvier 1932.

A ce moment, une biopsie du col confirme l'existence d'un néoplasme : épithélioma pavimenteux typique. La malade refuse toute application du radium et revient seulement en mars 1932 au Centre de radiothérapie pour se faire traiter.

Depuis son départ de l'hôpital, elle a présenté à plusieurs reprises quelques petites pertes rosées ; cependant, l'état général est excellent. La malade a engraisé de 10 kilos.

En juin, l'état du moignon cervical est satisfaisant ; l'état général s'améliore toujours, la malade pèse 85 kilos.

En octobre, maux de reins et petits écoulements sanieux, récurrence locale sur le moignon du col, infiltration de deux paramètres : 20 séances de radiothérapie pénétrante par plusieurs portes d'entrée sont faites au centre anticancéreux.

Malgré ce traitement, l'état général périclité très rapidement, les douleurs deviennent très pénibles et les pertes vaginales reprennent.

En janvier 1933, on perçoit un gros noyau du fond du vagin faisant saillie à travers la cloison recto-vaginale dans la lumière rectale ; on perçoit, en outre, à l'entrée du vagin, deux noyaux néoplasiques, véritables métastases rétrogrades du néoplasme du col.

La malade est décédée le 25 février 1933.

OBSERVATION V

(Centre anticancéreux de Lorraine.
Service de M. le professeur HOCHÉ)

M^{me} G. M..., 44 ans, envoyée au Centre anticancéreux, le 7 novembre 1933, par le service de chirurgie de M. le professeur HAMANT, avec le mot suivant :

« Madame G... a 44 ans, présente un néoplasme en chou-fleur infecté du col utérin. On a pratiqué, à titre antiseptique, un curetage diathermique de bourgeons exubérants. Elle semble justifiable d'un traitement radium-thérapique.

« De plus, elle est porteuse d'un volumineux fibrome utérin à développement abdominal ».

Interrogatoire de la malade au Centre anticancéreux. — Depuis une année, la malade se plaint de pertes rosées avec règles irrégulières.

Il y a trois semaines, apparaissent des hémorragies plus abondantes, obligeant la malade à consulter un médecin.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante en bonne santé. Père mort à 60 ans d'alcoolisme.

Antécédents collatéraux. — Deux sœurs, dont une soignée depuis quatre ans, pour diverses affections.

Antécédents personnels. — Quatre grossesses, dont une fausse-couche.

Palpation. — Utérus augmenté de volume, avec des indurations fibromateuses, dont le fond est perceptible à trois doigts au-dessus de l'ombilic, se portant surtout du côté droit.

Toucher vaginal. — Le col fait saillie; masse de 8 cm. de diamètre environ. Lèvres indurées nodulaires, avec fongosités au centre. Les culs-de-sac sont lisses.

Speculum. — L'ouverture du speculum est comblée par une masse de bourgeons noirâtres sphacelés.

Biopsie. — Premier examen fait le 7 novembre 1933 par M. le professeur HOCHÉ :

« Epithélioma pavimenteux lobulé, sans globes. Phénomènes de nécrobiose et infection très intense. Œdème interstitiel ».

Deuxième examen le 11 janvier 1934, d'un fragment de lèvre antérieure du col :

« Un des fragments contient des éléments épithéliomateux atypiques. Fortes sécrétions muqueuses du voisinage ».

Cette deuxième biopsie a été faite après un traitement par radium, au Centre anticancéreux, par M. ROY, qui a appliqué 6 tubes vaginaux, le 17 novembre 1933.

Filtre : Platine + liège.

Durée d'application : cinq jours.

M.C.D. : 49,95.

Un examen ultérieur de la malade, fait le 11 janvier 1934, a montré que :

La malade avait complètement cessé de perdre après le traitement. Puis les pertes sont réapparues le 31 décembre 1933. Les douleurs sont restées semblables. Mictions et selles normales.

Palpation abdominale. — On ne sent l'utérus qu'au-dessus de l'ombilic; fibrome mobilisable.

Toucher vaginal. — Col dur fibromateux; culs-de-sac souples.

Toucher rectal. — Utérus dur, de consistance fibreuse; paramètre un peu parcheminé.

Speculum. — Col transversal; lèvre antérieure rouge. Le tampon d'ouate ramène quelques grumeaux translucides.

On adresse alors la malade de nouveau au service de M. le professeur HAMANT, pour une hystérectomie, en demandant si elle n'est pas devenue possible après la radium-thérapie.

Voilà la réponse :

« L'utérus est actuellement mobile et une hystérectomie semblerait anatomiquement possible. Mais la malade a un état général encore très déficient et on lui propose de venir se montrer dans quinze jours, pour qu'on puisse juger définitivement ».

Comme la malade ne s'est pas présentée quinze jours plus tard, on a demandé de ses nouvelles par lettre du Centre anticancéreux, parce qu'on a l'habitude de suivre les malades traitées, même à leur domicile.

Voici le texte de la lettre du 20 décembre 1934 :

« Madame,

« Nous serions désireux de connaître l'état actuel de votre santé, n'ayant plus eu de vos nouvelles depuis le 11 janvier 1934.

« Veuillez agréer, Madame, avec nos salutations empressées, l'assurance de l'intérêt que nous vous portons.

« Ci-joint un timbre pour la réponse.

« *Le Directeur* : HOCHÉ ».

Voilà la réponse, datée du 28 décembre 1934 :

« Monsieur,

« Madame G... est décédée le 10 avril 1934.

« Recevez, Monsieur, avec mes remerciements, l'expression de ma considération distinguée.

« M. G... »

OBSERVATION VI

(Au centre anticancéreux.
Service de M. le professeur HOCHÉ)

M^{me} M. L..., âgée de 58 ans, ménagère, adressée par le service de M. HAMANT, avec diagnostic :

« Néo du col utérin; stade III, avec fibrome du corps ».

La malade entre au service le 18 décembre 1933. Ménopause il y a une dizaine d'années. Elle présente depuis longtemps des pertes blanches. Depuis deux mois, pertes sanguines, très abondantes depuis dix jours.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 80 ans, père mort par accident.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort gazé. Mari mort d'une affection cardio-rénale à 56 ans.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de grossesses.

On ne constate pas d'amaigrissement. Appétit normal. Aucune douleur.

Toucher vaginal. — A 3 cm. de la vulve, on tombe sur une masse bosselée, irrégulière, dont le doigt fait le tour. Le cul-de-sac gauche est envahi, ainsi que le cul-de-sac postérieur.

Toucher rectal. — Envahissement du paramètre gauche. Au delà du col, on sent la masse utérine très volumineuse bombante dans le rectum et dont le doigt ne peut atteindre la limite supérieure.

Palpation abdominale. — Masse utérine inclinée du côté droit, à mi-hauteur entre le pubis et l'ombilic.

Spéculum. — Fongosités au fond du vagin.

Biopsie. — Examen fait le 16 décembre 1933 par M. HOCHÉ :

« Epithélioma pavimenteux spino-cellulaire sans globes parakératosiques.

« Peu de mitoses. Stroma oedémateux inflammatoire infiltré de leucocytes ».

La malade subit alors ;

1° Un traitement par rayons X : six séances d'irradiations entre le 18 décembre et le 27 décembre 1933, dirigé au Centre anticancéreux par M^{me} BLECH ;

2° Un traitement par radium tout de suite après la roentgenothérapie, c'est-à-dire le 28 décembre 1933.

Région traitée et mode d'application : 6 t. vag.

Filtre : platine + liège.

Durée : 5 jours.

M.D.C. : 50,40.

Suites du traitement. — Après le traitement, la malade est rentrée chez elle et invitée par lettre du Centre pour venir continuer son traitement ; elle a répondu deux fois qu'elle est encore alitée et ce n'est que le 28 décembre 1934 qu'elle a annoncé, dans une lettre, qu'elle va bien et qu'elle viendra un jour se montrer à la consultation, mais jusqu'à ce jour on n'a pas eu de nouvelles d'elle.

CHAPITRE IV

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Nous ne consacrons pas de chapitre spécial sur l'étiologie étant donné qu'on ne connaît pas la cause prochaine et immédiate de la coexistence du fibrome avec le cancer, de même que l'on ne connaît pas encore actuellement la cause du cancer lui-même.

La plupart des auteurs qui ont étudié la question pensent que le fibrome favorise l'apparition du cancer. Les fibromes agissent ici à distance en préparant le terrain, créant au niveau du col un lieu de moindre résistance où viendra s'implanter l'épithélioma.

A côté de différentes hypothèses plus ou moins plausibles il y a des faits démontrés microscopiquement, que la muqueuse des utérus fibromateux présente toujours un degré plus ou moins accentué d'endométrite glandulaire, se rapprochant insensiblement de l'adénome d'allure histologique et d'évolution bénigne.

Ce terrain ainsi prédisposé, peut sous l'influence de troubles provoqués par la présence de fibromes faire

une prolifération cellulaire atypique et donner naissance à un épithélioma.

Au point de vue anatomo-pathologique pur, cette coexistence est beaucoup plus difficile à expliquer que la transformation des fibromes en sarcomes. Aussi n'est-il pas étonnant que les anciens auteurs tels que CRUVEILHIER, imbus des idées de la spécificité cellulaire, aient dénié énergiquement aux fibromes la possibilité de se transformer en épithélioma.

L'opposition n'est pas absolue cependant, si on considère qu'il n'y a pas transformation mais substitution d'un tissu à un autre.

On peut distinguer d'après FORGUE plusieurs catégories de faits bien différents les uns des autres du point de vue anatomo-pathologique.

1° Les deux genres de tumeurs peuvent se développer parallèlement sans se pénétrer. Ce sont les cas de « *fibrome et de cancer simultanés* ».

2° Un épithélioma voisin peut venir Cancériser un fibrome, c'est le « *fibrome cancérisé* ».

3° Au sein d'un fibro-myome, quelques éléments épithéliaux insoupçonnés peuvent entrer en dégénérescence maligne. C'est la « *cancérisation primitive* » d'un noyau de fibro-myome.

4° Enfin un fibrome peut être le siège d'une embolie de cellules cancéreuses venues d'un foyer carcinomateux éloigné. C'est « *une métastase cancéreuse au sein d'un fibrome* ».

Nous allons maintenant envisager séparément chacun de ces cas.

1° FIBROMES ET CANCERS SIMULTANÉS

Ces genres de cancers sont le plus souvent des épithéliomas siégeant à l'intérieur du col utérin. Ils se présentent soit sous une forme circonscrite, et ont alors un aspect polypoïde, uni ou multilobé, avec ulcérations ou simple érosion. Ce genre d'épithélioma est plus fréquemment rencontré sous la forme diffuse et tous les intermédiaires sont possibles entre la plaque réduite indurée, saignant au contact et le bourgeonnement diffus, végétant friable, s'étendant vers la muqueuse corporeale.

Au point de vue microscopique, le cancer étant issu d'un épithélium glandulaire à hautes cellules, unistratifié, on aura les figures histologiques de l'épithélioma cylindrique.

A un certain moment de son évolution la prolifération épithéliale s'enfonce dans la tunique musculuse, et on voit les glandes. ou les boyaux cancéreux s'infiltrer entre les faisceaux conjonctifs, en suivant les traînées du tissu conjonctif d'une part, en emboîsant par les lymphatiques d'autre part.

A côté de ces lésions, mais évoluant séparément d'elles, existent les lésions fibro-myomateuses, dont les éléments sont constitués par la néoplasie bénigne du tissu musculaire lisse, ainsi décrite par le professeur GRYNFELT.

Les cellules musculaires sont groupées en faisceaux épais ou en tourbillons séparés par de minces lames de tissu conjonctif.

Chaque cellule léio-myomateuse présente une pauvreté caractéristique en fibres musculaires lisses. Mais ce qui constitue la lésion fondamentale du léiomyome, c'est l'altération de la gaine pré-collagène de la cellule musculaire lisse. Ces manchons cellulaires augmentent d'épaisseur et fasciculent le nodule myomateux.

Les fibres collagènes apparaissent dans ces manchons et y forment une sorte de feutrage plus ou moins épais.

Par contre, les fibres classiques présentées dans les gaines pré-collagènes des cellules normales font défaut autour de la cellule leiomyomateuse.

C'est cette abondance des fibres collagènes de la gaine hyaline des cellules leiomyomateuses qui a fait mériter à certaines de ces tumeurs, qui ne sont plus des myomes pures, le nom de fribromyomes, le processus de sclérose devant être uniquement attribué aux altérations de la cellule musculaire.

2° FIBROME CANCÉRISÉ

Cette catégorie de fibromes est assez souvent observée. Dans ces cas les deux lésions s'interpénètrent, et les éléments cancéreux s'infiltrant dans le fibromyome, de la même façon qu'ils s'infiltrant dans la paroi utérine normale. Seule semble leur offrir un certain temps une barrière, la coque fibro-conjonctive limitant le noyau.

Entre les faisceaux léio-myomateux s'infiltrant les boyaux cancéreux ou les glandes à revêtement cellu-

laire atypique. C'est à travers les espaces conjonctifs séparant les faisceaux en tourbillons de cellules léiomyomateuses que se fait la propagation. Les éléments épithéliaux sont d'ailleurs accompagnés et précédés par une stroma-réaction lympho-plasmocytaire.

Il faut remarquer que cet envahissement peut se faire aussi bien par un épithélioma utérin que par un épithélioma des organes voisins : trompe, ovaire, intestin, anse sigmoïde ou appendice, etc...

Les caractères histologiques n'ont que ceci de particulier qu'ils concernent des éléments répondant de près ou de loin à l'épithélioma d'origine.

3° CANCÉRISATION PRIMITIVE D'UN NOYAU DE FIBRO-MYOME

Cette éventualité, quoique cliniquement beaucoup plus rare, nous obligera à des développements assez étendus, qu'elle mérite par l'intérêt tout particulier du problème qu'elle soulève.

Il faut invoquer certaines théories pour expliquer l'existence au sein de fibro-myomes, de germes épithéliaux et la possibilité de leur dégénérescence cancéreuse.

Presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'existence de cette association tumorale bénigne et elle est connue depuis la fin du siècle dernier sous le nom d'adénomyome.

Les divergences des auteurs s'élèvent quand il s'agit d'attribuer une origine à ces débris épithéliaux à forme glandulaire.

Deux théories sont en présence :

1^o THÉORIE EMBRYONNAIRE

Cette théorie a été développée et mise au point par RECKLINGHAUSEN, dans un mémoire paru en 1896. C'est à lui qu'est due la désignation d'adéno-myome.

Il leur décrit deux parties :

Une partie est formée par du tissu musculo-conjonctif absolument semblable à celui des fibromyomes habituels.

La deuxième partie est formée par des tubes glandulaires inclus au centre de zones fibro-myomateuses. Ils peuvent être distribués de façon irrégulière ou, affecter des dispositions typiques. Chaque formation commence par un renflement, se continue par un canal plus large (canal sécréteur) puis se rétrécit et devient rectiligne (canal collecteur). Ces canaux collecteurs peuvent fusionner. On aperçoit quelquefois de petites cavités kystiques que l'auteur compare à des glomérules.

La nature de l'épithélium varie selon le point envisagé : épithélium à grandes cellules cylindriques, à cils vibratils pour les canaux collecteurs, épithélium cylindrique, moins élevé et sans cils vibratils pour les canaux sécréteurs, enfin, épithélium mince, plat, pour les renflements terminaux ou les pseudo-glomérules. Ces derniers renferment souvent des granulations pigmentées, colorées en jaune.

D'après RECKLINGHAUSEN, ces débris dérivent *du corps de Wolf* de façon que les adéno-myomes du corps de l'utérus se développent aux dépens du paroophoron; ceux du col aux dépens du canal de Gartner.

D'autres auteurs : MEYER, VOIGT, PICK, BREUSS, ont confirmé cette interprétation.

Tout en restant dans le domaine des inclusions embryonnaires, d'autres auteurs attribuent une *origine mullérienne* à ces formations. On connaît la multiplicité des malformations causées par l'évolution anormale des canaux de Müller; pour ne citer que les principales : absence de trompes, absence d'utérus, bifidité utérine, selon le type didelphe ou biloculaire. Dans ce dernier cas on a pu attribuer à l'évolution d'adéno-myome d'origine müllérienne, l'absence de résorption de la cloison entre les deux utérus primitifs. Il est vraisemblable d'admettre que des diverticules de ces canaux de Müller (semblables à ceux qui constituent les pavillons accessoires) peuvent s'enfoncer dans la musculature utérine et être englobés par un fibro-myome en formation.

A l'encontre de la théorie de l'origine embryonnaire s'élève celle de l'origine muqueuse.

2° FORMATION GLANDULAIRES D'ORIGINE MUQUEUSE

La plupart des auteurs qui se rallient à l'origine muqueuse de ces bourgeons glandulaires admettent que sous l'influence d'une inflammation chronique il se fait une hyperplasie de la muqueuse, qui occasionne la pénétration de culs-de-sacs glandulaires dans la tunique musculaire.

Pour LEGAIEN et MARIEU, qui se sont faits en 1902 les défenseurs de cette théorie, l'inflammation de la muqueuse est à base non seulement de l'invagination

en profondeur de culs-de-sac glandulaires, mais encore de la prolifération musculaire conjonctive qui s'est effectuée autour de ces glandes hyperplasiées et enflammées. Ils admettent donc avec des réserves et se bornant aux cas semblables à ceux qu'ils ont observés l'origine inflammatoire de certains adénomyomes. Ils appuient leur hypothèse sur des coupes histologiques dont l'interprétation ne peut prêter à confusion.

SCHROERDER admet que les inclusions intrapariétales de bourgeons glandulaires se font au cours du développement et peuvent être amenées très profondément, puis sectionnées de leur attache muqueuse par le développement progressif de la tunique musculuse.

En fait de théorie il faut savoir être éclectique. Selon les cas, l'origine du tissu épithélial, isolé dans les parois musculuses, a telle ou telle signification.

Quoiqu'il en soit, ces débris à un certain moment de leur évolution, sont susceptibles d'entrer en dégénérescence maligne. Cette éventualité est sans doute fort rare, car les éventualités la concernant sont fort réduites.

Macroscopiquement, on se trouve en présence d'un noyau ayant les apparences extérieures d'un fibrome ou ayant contracté des adhérences, avec les viscères voisins. Mais sa coupe présente un aspect non homogène avec alternative de tissu dur, criant sous le couteau, et de tissu friable et grisâtre plus ou moins nécrosé.

Histologiquement, on voit des boyaux de cellules épithéliales pénétrantes dans les interstices conjonctifs, séparant les faisceaux léio-myomateux. Souvent les éléments fibro-myomateux sont frappés de dégénérescence hyaline ou œdémateuse.

Nous voyons alors qu'ici aussi l'infiltration des éléments cancéreux se fait à travers les faisceaux fibromyomateux, les refoulant et se substituant à eux, cette évolution pouvant demeurer purement interstitielle ou s'étendre à l'extérieur vers la séreuse ou à l'intérieur vers la muqueuse utérine.

4° MÉTASTASE CANCÉREUSE DANS UN FIBRO-MYOME

Cette éventualité est très rare. Une métastase cancéreuse peut venir se loger au niveau d'un fibrome, comme au niveau de tout autre tissu. Le fibrome ne semble pas alors exercer d'action localisatrice spéciale pour une métastase cancéreuse.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

La coexistence dans un utérus de fibromes et de carcinomes se manifeste par un ensemble de symptômes qui relèvent de la présence de chacune de ces tumeurs en particulier avec quelques modifications.

Le diagnostic, lorsque ces deux tumeurs sont depuis un certain temps installées dans l'utérus, est assez facile; mais ce qu'il importe de faire, c'est un diagnostic précoce qui permette de soupçonner l'apparition insidieuse du carcinome. Ce diagnostic de carcinome commençant n'est pas trop fréquent pour plusieurs raisons : c'est que d'abord la malade, atteinte de fibromes, non avertie des dangers qu'elle court, ne consulte le médecin que tardivement, lorsque les phénomènes douloureux sont devenus intolérables. En second lieu, le médecin lui-même ne songe pas suffisamment à cette complication possible des fibromes.

En réalité il n'y a pas encore jusqu'à maintenant de moyens sûrs pour faire ce diagnostic précoce. Peut-être dans l'avenir la méthode biologique consistant dans la recherche *d'un principe actif* spécifique

dans l'urine de cancéreux deviendra une méthode pratique pour faciliter ce diagnostic précoce. C'est surtout M. MAX ARON, de Strasbourg, qui s'occupe de cette question et il a publié dernièrement un certain nombre d'expériences sur le cobaye, démontrant qu'il existe une véritable *réaction du cancer*. Cette réaction rappelle le principe du diagnostic biologique précoce dans la grossesse. D'après ces expériences, une injection au lapin de 750 cc d'urine d'une malade provoque au niveau du cortex surrénale de l'animal en question, une diminution remarquable de sa teneur en lipides. Cette diminution se voit 48 heures après l'injection à l'autopsie du lapin. Cette méthode est niée par certains auteurs comme Roussy, etc...

L'âge des malades fait aussi souvent penser à cette complication maligne de fibromes. Tous les auteurs sont d'accord que c'est surtout dans les approches de la ménopause qu'on observe cette complication.

Les statistiques données par différents auteurs confirment ce résultat. HARTMANN et YAKCHITCH, parmi 908 opérées de fibromes trouvent le maximum de cancers du col entre 40 et 49 ans. Pour le cancer du corps l'âge est un peu plus avancé et le maximum de fréquence observé par ces auteurs est entre 50-59 ans.

Sur 682 cas de fibromes, ces auteurs ont trouvé 16 cas de cancer; le cancer est donc rencontré dans 2,3 % de cas de fibromes.

D'après les statistiques de DODERLEIN, sur 1.607 fibromes de tous les âges ce taux peut être élevé à 2,7 %.

Etant donné le chiffre moyen de 2,80 % que nous avons adopté, d'après les différentes statistiques, il est facile de conclure que ce chiffre portant sur la totalité des fibromes de tous les âges si on le ramène au nombre de fibromes susceptibles, d'après leur âge de se Cancériser, ce taux sera au moins doublé.

Il faut encore remarquer que le nombre global des cancers du col est beaucoup plus considérable (double ou même triple) que celui du corps.

S'il y a coexistence entre ces deux genres de tumeurs, c'est presque toujours les fibromes qui apparaissent les premiers. Leur apparition ne se révèle pas toujours par une symptomatologie nette. C'est souvent par hasard en examinant les malades à un tout autre point de vue que la palpation de l'addomen fait découvrir une tumeur plus ou moins volumineuse à l'hypogastre. Mais généralement ils provoquent quelques troubles plus ou moins bruyants qui les dénoncent à l'avance.

C'est ainsi qu'on observe des ménorragies très intenses, se renouvelant avec une régularité désespérante, et dont on cherche vainement la cause pendant plusieurs années chez des femmes encore jeunes et qu'explique ultérieurement l'apparition d'une tumeur fibreuse. La leucorrhée et parfois des douleurs facilitent le diagnostic.

En général le diagnostic de fibromes est assez facile; néanmoins on peut les confondre surtout dans les formes hémorragiques avec toutes les affections hémorragiques de l'utérus en particulier avec les diverses variétés de métrites hémorragiques, avec

certaines lésions annexielles, avec le cancer au début, avec les rétentions placentaires ou avec la grossesse.

Nous ne voulons pas entrer dans les détails du diagnostic différentiel de fibromes, mais nous nous arrêterons un peu plus longuement sur la symptomatologie et moyens de diagnostic de fibromes dégénérés ou compliqués de cancers.

Deux circonstances contribuent à marquer la symptomatologie propre du cancer : 1° *C'est l'apparition des troubles au moment de la ménopause*, période qui est trop souvent considérée par les malades et même par les médecins, comme fournissant l'explication rassurante de toutes les manifestations morbides d'ordre génital;

2° *C'est également la notion fréquente de l'existence d'un fibrome*, plus ou moins bien toléré depuis des années et qui est jugé la cause unique du renforcement de la symptomatologie.

D'après l'analyse d'un certain nombre d'observations, on peut répartir les solutions possibles en trois groupes :

Dans une *première éventualité*, le diagnostic de fibrome utérin est porté, déjà depuis plusieurs années en raison de ménorragies plus ou moins abondantes, qui ont nécessité des soins médicaux au cours desquels une masse fibromateuse a été découverte.

Vers la cinquantaine, en dépit de l'assertion classique que la ménopause flétrit les fibromes, les ménorragies deviennent profuses, les règles n'ont plus de dates fixe. Mais alors que, jusque-là, pour prolongées qu'étaient les pertes menstruelles, il y avait *un léger*

arrêt entre deux périodes consécutives, l'hémorragie devient continue ou bien est remplacée par un suintement rosé continu. Ce suintement peut arriver d'ailleurs à remplacer l'hémorragie et à prendre des caractères de coloration et d'odeur propres à appeler un diagnostic exact.

Parallèlement à ces signes fonctionnels, on peut observer par le toucher une augmentation plus ou moins rapide de la tumeur utérine.

Dans une *deuxième éventualité*, chez une fibromateuse avérée, la ménopause s'effectue bien. Après de métrorragies, quelquefois même sans aucun trouble, l'aménorrhée s'installe et la femme se croit guérie de sa tumeur. En effet, par le toucher, il est souvent donné d'observer une rétrocession du fibro-myome, rarement complète cependant. Mais après un an, deux ans, souvent davantage, quelquefois moins, de petites pertes sanglantes reparaissent. Elles peuvent être minimales et demeurer ainsi longtemps, elles constituent alors un signe très suspect. A elles s'associent des pertes rosées qui peuvent prendre des caractères d'odeur et de coloration spéciales.

Ainsi, dans ces deux éventualités concernant des fibromateuses anciennes se développent, à la ménopause ou quelques années après, une symptomatologie qui, pour si proche qu'elle soit des manifestations antérieures, doit donner l'éveil.

Dans une *troisième éventualité*, les mêmes phénomènes que nous avons décrits au cours de la ménopause ou après elle, s'installent chez une femme indemne de toute symptomatologie antérieure de

fibrome utérin. Le toucher, pratiqué en raison des accidents actuels, révèle des noyaux fibromateux généralement peu volumineux, dont on ne peut dire s'ils sont de formation récente, ou si leur évolution avait été muette jusqu'alors.

Un fibrome qui ne saigne qu'aux environs de la ménopause risque plus aisément d'attirer l'attention du médecin sur sa véritable nature, et dans cette dernière éventualité, le diagnostic de dégénérescence possible de cet utérus constaté fibromateux, sera plus facilement porté.

Quelle qu'ait été l'évolution antérieure de la maladie, comportant ou non une symptomatologie ancienne de fibrome utérin, *le problème de diagnostic se pose ainsi* : une femme ayant atteint ou dépassé la cinquantaine présente des métrorragies, quelquefois très abondante, d'autrefois insignifiantes. Il existe, en plus, des *pertes*, dont la couleur peut offrir la gamme des teintes intermédiaires au jaune foncé et au rouge vif. Ces pertes, en raison de la dilution de sang dans du mucus utérin, se présentent comme des taches claires, bordées d'un liseré plus foncé, qui laissent sur le linge une plaque empesée. Ces pertes peuvent ne présenter aucune odeur.

Fréquemment il n'existe aucune douleur ; quelquefois une colique utérine, lors de l'expulsion des sécrétions utérines.

Ou bien la malade se met à souffrir de douleurs continues, exagérées par le repos au lit, et surtout nocturnes. Il existe des irradiations douloureuses

dans le pelvis et dans les cuisses, selon le trajet des sciaticques ou des obturations.

L'examen de l'appareil génital ne révèle pas beaucoup de signes physiques à la période du début : l'utérus est encore mobile, les culs-de-sac sont libres. Un doigt expérimenté peut saisir quelques nuances qui ne sont pas négligeables : le col, au lieu de sa souplesse habituelle, présente une certaine rigidité, ses parois sont comme empesées; elles se laissent moins facilement fléchir. Quelquefois, on constate à sa surface quelques inégalités dans sa consistance. En appuyant sur le col, en exerçant sur lui une certaine pression, en cherchant de l'incurver sur le corps utérin, on provoque un écoulement de sang; ces divers indices constituent déjà par leur réunion, des présomptions suffisantes pour provoquer une biopsie.

Bientôt apparaissent des signes plus décisifs, car la prolifération épithéliale s'accroît rapidement. Elle donne lieu à de petites saillies d'aspect verruqueux qui apparaissent sur l'une des lèvres à l'orifice du col, ou à des nodules indurés du volume d'un pois ou d'un noyau de cerise que l'on perçoit à la surface du museau de tanche; leurs contours sont assez mal limités; ils se font remarquer par leur consistance ferme, plus encore que par leur relief modéré. Si on gratte légèrement avec l'ongle, ces excroissances papillaires ou ces petites masses dures qui se présentent au spéculum avec une coloration d'un rouge vif, si on appuie sur elles l'extrémité mousse d'un hystéromètre, ou la valve du spéculum, on les fait saigner immédiatement.

Lorsqu'il s'agit d'un cancer intracervical, d'origine glandulaire, la surface externe du museau de tanche ne présente aucune modification. L'orifice est élargi, un peu béant et la muqueuse tuméfiée est perçue immédiatement au-dessus de l'orifice. La pression du doigt provoque un écoulement de sang, assez abondant et dans l'intervalle des pertes de sang on voit des sécrétions leucorrhéiques, fluides, teintées de sang. Dans certains cas il faut dilater le col et faire un curetage explorateur pour préciser le diagnostic.

A mesure que le cancer se développe, les lésions deviennent plus apparentes et plus faciles à reconnaître, par le toucher et par l'examen au speculum.

Elles se présentent tantôt sous la forme de masses végétantes, papillomateuses, véritables excroissances en choux-fleur, prenant naissance sur le col, près de son orifice; tantôt sous l'aspect d'ulcérations dans le bord saillant sont remarquables par leur induration; le fond de l'ulcération est formé de petits bourgeons irréguliers qui saignent au moindre contact. Au spéculum, les surfaces ulcérées des masses végétantes se distinguent par leur coloration d'un rouge vif, qui tranche sur la teinte pâle des parois saines. Lorsque les lésions ont atteint un tel développement, il y a presque toujours une infiltration du paramétrium. On trouve dans un des culs-de-sac, au moins, une masse dure immobilisant le col et empiétant largement sur la base du ligament large. Quelquefois l'infiltration, un peu plus étalée en hauteur qu'en largeur, forme comme une gaine partielle sur le côté de l'utérus, et comme on le déplace en entraînant les tissus voisins,

on garde, à tort, l'impression d'une mobilité relative. Dans la grande majorité de ces cas, les lésions ne sont plus opérables, à cause de l'envahissement du tissu cellulaire pelvien et des ganglions. Même en partiquant des opérations très larges, on atteint difficilement les limites du mal. Aussi doit-on s'efforcer de reconnaître cette association du cancer au fibrome à une époque plus rapprochée du début.

C'est d'ailleurs à cette période d'infiltration paramétrique que correspondent les *douleurs* auxquelles on attachait, jadis, une importance excessive pour le diagnostic, car elles viennent confirmer une situation reconnue déjà depuis longtemps.

Tant que les altérations sont limitées à la muqueuse, les symptômes subjectifs ne dépassent pas ceux de la plus banale métrite; ils rappellent à peine le syndrome habituel des règles. A mesure que la prolifération gagne les tissus périutérins, comprime les nerfs du bassin, les douleurs augmentent d'intensité, au point de devenir pour les malheureuses femmes un martyr qui ne s'apaise qu'avec la mort.

Dans le diagnostic différentiel du cancer du col, il faut laisser une large place à la *tuberculose* qui peut prendre au niveau du col utérin, un type végétant hypertrophique, qui en impose pour un épithélioma; BAUDET, de ROUELLE, MARTIN et EVELING ont signalé cette difficulté de diagnostic, qu'une biopsie seule peut trancher.

D'autre part, la coexistence des fibromes et du cancer peut être confondue avec une autre complication des fibromes, avec leur *suppuration* et leur *gangrène*.

Ces cas d'infection des fibromes s'accompagnent de symptômes analogues à ceux que nous avons décrits dans l'association des fibromes et du cancer. Les douleurs sont vives, les écoulements abondants à odeur fétide; toutefois ces phénomènes infectieux apparaissent brusquement, l'état général des malades est de suite extrêmement grave, la température est très élevée, l'aspect des malades n'est pas celui de cancéreux, mais d'une personne infectée qui suppure et résorbe; la mort survient assez rapidement, elle est le résultat d'une pyohémie.

On peut encore être induit en erreur d'une autre façon, lorsque par exemple on constate la présence d'un épithélioma du col et que la palpation permet de sentir un fibrome volumineux occupant la face antérieure de l'utérus. Dans ce cas on peut songer à une *dégénérescence de tout l'organe* qui, quoique rare, n'en est pas moins possible; cette circonstance contribuerait à troubler le pronostic et ferait rejeter à tort une intervention qui pourrait être favorable.

Il est donc nécessaire de faire un diagnostic ferme, c'est lui qui commande ou contre-indique l'intervention; ce diagnostic bien que difficile dans certains cas, peut être fait à l'aide de symptômes signalés plus haut.

Nous allons voir dans le chapitre suivant quelles sont les indications requises pour l'intervention et dans quels cas on peut accorder aux malades le bénéfice, soit d'une opération, soit d'une intervention non chirurgicale qui leur donnera sinon la guérison définitive, au moins une survie plus ou moins longue.

CHAPITRE VI

CONDUITE A TENIR ET MÉTHODES DE TRAITEMENT

C'est un fait maintenant que le cancer du col existant séparément ou bien coexistant avec un fibrome utérin, diagnostiqué précocement et traité de façon appropriée et à temps est guérissable.

Remarquons qu'on accepte en général comme terme de guérison un délai de cinq ans après une intervention sans récides.

CONDUITE A TENIR

Les indications opératoires dépendent du degré d'extension du cancer du col, de la mobilité utérine et et des métastases.

Actuellement on se base en général sur une classification anatomo-pathologique adoptée par la majorité des gynécologues; elle a été précisée au cours de travaux de la sous-commission, chargée de l'étude de la radiothérapie des cancers du col de l'utérus à la Société des Nations.

D'après cette classification on distingue quatre stades :

Stade I. — Le cancer est trictement limité au col, la mobilité utérine est conservée.

Stade II. — Le cancer présente une propagation, plus ou moins étendue, soit à la partie juxta-utérine d'un ou de deux paramètres, soit à un ou plusieurs culs-de-sacs vaginaux, soit simultanément à ces deux régions ; l'utérus n'a pas perdu toute sa mobilité.

Stade III. — Le cancer infiltre l'un ou les deux paramètres, les parois vaginales et donne souvent des métastases dans le petit bassin ou dans la partie inférieure du vagin.

Stade IV. — Le cancer envahit d'une façon massive les deux paramètres jusqu'à la paroi pelvienne avec ou sans envahissement de la vessie ou du rectum, avec infiltration de la totalité du vagin, avec des métastases ou sans métastases à distance ; l'organe est complètement bloqué.

En se basant sur cette classification, la majorité des auteurs est d'accord pour rejeter absolument toute intervention chirurgicale pour les cancers au

stades II, III et IV. L'unanimité n'est pas encore faite sur les cancers du stade I.

Pour les cancers du col, restant après hystérectomie subtotale pour les fibromes, il n'y a pas de traitement prophylactique proprement dit. L'hystérectomie totale ne peut pas être pratiquée systématiquement, car ses risques sont trop importants par rapport au danger de la cancérisation éventuelle du moignon. Le traitement curatif est l'application de radium à l'aide du colportat et si possible de la sonde intracervicale.

Si après avoir rappelé les principaux moyens du traitement actuel du cancer du col, nous jetons un coup d'œil sur les résultats obtenus par ces méthodes, nous voyons que d'après différentes statistiques :

Le traitement chirurgical a donné entre les mains de J.-L. FAURE, pour les cancers du Stade I, 6 pour 100 de mortalité immédiate et 80 p. 100 de guérisons après 5 ans; pour les cancers du Stade II, une mortalité immédiate beaucoup plus forte et 27 p. 100 de guérisons durables.

La roentgénothérapie aurait donné des guérisons datant de trois ans entre les mains de SEITZ et WINTZ, cependant ces thérapeutes utilisent actuellement le radium.

F.-G. DIETEL rapporte une statistique de 7.814 femmes traitées par rayons X, entre 1912-1928, pour des cancers répondant aux Stades III et IV et 881 sont guéries après cinq ans, soit 11,3 p. 100.

Le radium seul donnerait au mêmes stades, 9,9 p. 100 de guérison; les rayons X et radium, 13,4 p. 100. La méthode combinée se révèle donc la meilleure.

Au centre anticancéreux à Nancy, on utilise la roentgénothérapie toujours associée à la curiéthérapie

La curiéthérapie est d'après la plupart des auteurs actuellement la meilleure comme traitement palliatif et curatif. Néanmoins la mortalité immédiate n'est pas nulle, contrairement à ce qu'on croit couramment. Il meurt par péritonite, septico-pyohémie, embolie, au moins 3 p. 100 des femmes irradiées.

Voici les résultats tardifs obtenus par cette méthode de traitement à l'Institut du Radium de Paris.

Sur 516 malades traités de 1919 à 1925, 124 sont guéries depuis au moins cinq ans, soit 24 p. 100.

Parmi les malades guéries, 94 ont été traitées entre 1922 et 1925; elles se répartissent ainsi :

Stade I :	26 cas,	19 guérisons	(73 p. 100)
Stade II :	94 — 36	—	(38 p. 100)
Stade III :	137 — 38	—	(27 p. 100)
Stade IV :	36 — 1	—	'

Ces résultats concordent avec ceux obtenus à Munich et à Stockholm, où les techniques diffèrent

Voilà les résultats actuels. L'avenir nous apportera sûrement des améliorations. Pour l'instant la plus sûre formule des guérisons stables est : diagnostiquer et traiter précocement. « Un jour viendra, dit E. FORGUE, où médecins, sages-femmes et malades, sous l'action d'une campagne méthodique et obstinée, nous donnerons le moyen, en règle presque générale, de traiter le cancer utérin au voisinage de son début, avec les plus grandes chances d'une efficacité radicale ».

MÉTHODES D'INTERVENTION

Le traitement actuel du cancer étant double, on peut songer à opposer à la lésion qui nous occupe, soit un traitement chirurgical, soit un traitement par les agents physiques, c'est-à-dire radium et radiothérapie.

I. — *Traitement chirurgical*

D'après l'indication opératoire on peut employer l'hystérectomie vaginale ou l'hystérectomie abdominale, soit totale, soit subtotale.

A) *Hystérectomie vaginale*. — Elle présente l'avantage d'être moins grave que l'hystérectomie par voie haute; elle a donné des résultats durables. SCHAUTA qui l'a pratiquée un des premiers et de façon fréquente, a obtenu 16 p. 100 de survie après trois ans. Elle est cependant moins large et plus aveugle que l'hystérectomie abdominale et très difficile à exécuter surtout si l'uretère est englobé dans les lésions néoplasiques; elle peut donner lieu à des hémorragies, des blessures de l'uretère ou de la vessie.

Elle a gardé jusqu'à ces dernières années quelques indications, entre les mains averties, chez les femmes obèses, âgées, de résistance physique diminuée. Dans ces cas elle comporte un minimum de choc et l'avantage de la position horizontale pendant toute la durée de l'opération, ce qui est appréciable chez ce genre de femmes.

Mais la contre-indication de cette méthode opératoire provient du volume considérable de l'utérus fibromateux, qui ne peut être alors abaissé et basculé avec la facilité désirable. En présence d'un gros fibrome on se verrait entraîné à des morcellements qui constitueraient un danger appréciable d'inoculation cancéreuse des tissus laissés sur place.

B) *Hystérectomie abdominale élargie* (opération de WERTHEIM). — C'est une opération logique et prudente; elle est défendue par des chirurgiens ayant une grande autorité, comme J.-L. FAURE, WAGNER, etc... Il faut seulement faire une grande distinction entre l'hystérectomie *totale* et l'hystérectomie *subtotale*, décision surtout importante quand il s'agit de fibromes considérés comme purs.

A la totale, on reproche sa gravité plus grande, sa facilité moindre, l'hémorragie possible de la tranche vaginale, les risques d'infraction dues à l'ouverture large du vagin. Son chiffre de mortalité serait en totalisant les statistiques, 5,4 % de décès, soit 1,5 % de plus que la subtotale.

A cette dernière on reproche la difficulté du drainage s'effectuant par le canal cervical et surtout la *possibilité de cancérisation du moignon cervical*.

En dépit de ces critiques, la subtotale garde pourtant de fidèles défenseurs qui estiment que l'excès de gravité de la totale n'est pas contrebalancé par les risques ultérieurs que laisse courir la subtotale faite dans les cas de fibrome pur.

Mais dans les cas de fibrome à symptomatologie douteuse, laissant deviner l'association d'un cancer endocervical, l'hésitation n'est plus possible. Alors, et nous avons dit combien après la cinquantaine, la crainte de cette dégénérescence devait occuper l'esprit du chirurgien, c'est à l'hystérectomie totale qu'on devra recourir.

La subtotalé est quelquefois indiquée impérieusement par des conditions anatomiques ou physiologiques spéciales; c'est par exemple le cas de l'observation I, où notre Maître, M. le Professeur BINET était obligé de faire, d'abord une hystérectomie subtotalé et 15 jours après une application du radium sur le col néoplasique restant. L'hystérectomie totale, n'était pas possible en raison de l'envahissement du paramètre par l'épithélioma et d'autre part le fibrome semblait être trop volumineux pour pouvoir être traité par la radiothérapie pénétrante ou par la curiethérapie.

Cette association d'un traitement chirurgical avec un traitement physiothérapique est souvent nécessaire dans le cas de coexistence de fibromes et de cancers utérins et donne aussi fréquemment de bons résultats.

C) *L'opération de Jonnesco.* — L'opération de JONNESCO qui est en réalité l'opération de WERTHEIM complétée par un évidement ganglionnaire lombo-ilio-pelvien. Sa mortalité est très lourde (34 % JONNESCO) et les résultats tardifs ne sont pas supérieurs à ceux de l'opération de WERTHEIM.

II. — *Traitement par les agents physiques*

A) *Radiothérapie pénétrante*. — La technique est variable suivant les auteurs. Avec celle qu'on peut appeler l'irradiation élargie, le Roentgen-Jonnesco, on irradie le col, les paramètres, les ganglions. Les portes d'entrée sont multiples pour ménager la peau et obtenir en profondeur une dose maxima par sommation des doses.

La distribution dans le temps varie suivant les conceptions, les Allemands font une seule séance sur l'utérus, une seule sur chaque paramètre; les Français au contraire, pratiquent les irradiations étalées sur dix ou douze jours. La dose est différente suivant les écoles: les Allemands emploient la « carcinome dosis » dose précise susceptible d'amener la stérilisation des cellules cancéreuses, les Français cherchent à employer la dose maxima sans léser les tissus sains (peau, intestin, vessie). Ils donnent habituellement 300 R. par porte d'entrée.

Des guérisons certaines ont été obtenues d'après SEITZ et WINTZ, mais c'est une thérapeutique grave si on l'utilise suivant la technique allemande. Les auteurs eux-mêmes l'auraient à peu près abandonnée, lui préférant l'association radio-curiéthérapique.

B) *Curiéthérapie*. — a) Le plus souvent on fait l'*irradiation curative*. « Radium Wertheim ». Le principe, est d'irradier le col et les paramètres. Après les soins habituels (désinfection cervico-vaginale par injection antiseptique, vaccins, etc.), on pratique l'ap-

plication suivant que le canal cervical est perméable ou non.

Le col est perméable: Après dilatation aux bougies de Hégar, on introduit dans le canal cervical une sonde en caoutchouc amétal contenant deux tubes de radium, placés bout à bout; on complète l'irradiation en plaçant un tube de radium dans chaque cul-de-sac latéral. Les tubes vaginaux sont placés dans un colposstat ou dans une enveloppe de caoutchouc et de gaze.

Le col n'est pas perméable. — On commence par une application précervicale; après quelques jours d'irraditaion, on peut souvent placer des tubes intracervicaux.

Ces applications nécessitent des précautions importantes: nettoyage journalier du vagin, surveillance attentive de la température et du pouls.

On détruit habituellement au total 60 millicuries en huit à douze jours. La dose de départ est en moyenne de 30 milligrammes de radium élément, mais elle varie avec le temps prévu pour la durée de l'irradiation.

Cette méthode présente une révolution thérapeutique. Le traitement est presque indolore; il donne des guérisons certaines après plusieurs années. *La mortalité est peu élevée.*

On lui reproche une stérilisation cellulaire insuffisante (GOSSET, sur 51 pièces opératoires prélevées sur des malades traitées par le radium, a constaté 17 fois des cellules cancéreuses). On lui reproche encore de produire de la radio-nécrose ou des altérations du rectum ou de la vessie, on lui reproche enfin de réveiller l'infection utérine, ou périutérine et de déterminer

des phlegmons du ligament large, des péritonites, des phlébites.

Ces inconvénients et ces accidents sont en partie évitables. Rien ne prouve que la stérilisation insuffisante ne soit liée à une mauvaise technique; la radionécrose dépend dans la majorité des cas d'une mauvaise filtration, le réveil d'infection dépend souvent de l'insuffisance des soins précurie-thérapeutique et de techniques défectueuses.

b) *La curiethérapie élargie (Radium-Jonnesco)*. — Avec irradiation des paramètres, après laparatomie ou par voie rétropéritonéale a été abandonnée au profit de la télécuriethérapie moins dangereuse et plus efficace.

c) *Télécuriethérapie curative*. — Elle se pratique soit en feux croisés suivant la technique de Colliez et Mallet, soit à l'aide d'une seule source radifère, suivant la technique de Pegaud ou de Simone Laborde. Elle s'applique au traitement de la lésion initiale et de son retentissement sur les paramètres et les ganglions. Cette méthode permet de ne pas hospitaliser la malade; elle est indolore très peu dangereuse au point de vue de l'infection puisque rien n'est introduit dans le vagin, mais les résultats qu'elle donne, ne sont guère supérieurs à ceux des autres procédés de curiethérapie.

d) *Curithérapie palliative*. — C'est un excellent traitement du cancer du col incurable. Bien supérieur aux anciennes méthodes (curetage); il provoque toujours la régression marquée de tous les symptômes,

l'arrêt des hémorragies et donne des survies de plusieurs années.

Remarquons que les associations *radium-Rayons X* ou bien combinaison *radium-chirurgie* sont actuellement abandonnées par beaucoup de chirurgiens en faveur du radium seul. Mais parfois l'irradiation pré ou post-opératoire peut rendre possible une hystérectomie qui était avant impossible ou stériliser les cellules cancéreuses laissées par le bistouri.

CONCLUSIONS

1° Le cancer du col de l'utérus complique le fibrome utérin dans une proportion d'environ 2,80 %.

2° Le fibrome est vraisemblablement un facteur prédisposant pour la dégénérescence épithéliale maligne du col utérin.

3° Les relations des deux lésions sont de deux sortes :

a) La muqueuse utérine peut se Cancériser à distance du fibrome et celui-ci où n'est pas envahi par la tumeur épithéliale, ou bien s'il est envahi c'est au même titre qu'une paroi utérine normale.

b) La Cancérisation peut se faire primitivement à partir d'éléments épithéliaux contenus dans le myome, éléments d'origine discutée, mais d'existence certaine et le développement de ce cancer épithélial d'abord intrafibromateux, peut se faire vers la muqueuse ou se propager vers la séreuse.

4° Au point de vue clinique, il faut considérer comme suspectes les ménorragies tendant vers la ménopause à s'enchaîner, s'accompagnant de pertes colorées, quelquefois fétides, d'augmentation douloureuse du fibrome, et aussi de petites pertes sanglantes survenant après la ménopause, alors que la symptomatologie fonctionnelle avait disparu,

Un diagnostic exact fait éviter l'erreur thérapeutique néfaste qui consiste à traiter un fibrome cancérisé comme un fibrome banal, et comme tel à lui appliquer le traitement radiothérapique des fibromes à dose insuffisante.

5° Au point de vue thérapeutique, si le cancer du col se trouve au premier stade l'hystérectomie totale donne de très bons résultats.

Les dernières statistiques montrent que l'association radium et radiothérapie donne aussi des guérisons définitives dans le cancer du col diagnostiqué précocement.

Dans les cancers avancés qui ont dépassé la limite d'opérabilité la radiothérapie ou curiethérapie seule donne des résultats parfois très intéressants.

Dans certains cas, il faut recourir au traitement chirurgical associé à la radiothérapie pré ou post-opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Coexistence de fibromes et de lésions juxtaposées. (Soc. de Médecine de Lyon, 21 mai 1924.)
- ARMANINI (C.). — Su di un caso di Tumori multipli femminile carcinoma contemporanes collo dell'utero et adenominini dell'utero, etc. (*Ann. di oset. So.*, 770-809, 31 juil. 1928.)
- BARD. — La pathogénie du cancer et la lutte anticancéreuse. (*Annales de Méd.*, 1923, t. XIII, p. 93.)
- BINET A. (Nancy). — La gynécologie indispensable. Méthodes actuelles d'examen et de traitement. (Un vol. à l'expansion scientifique française, 1934.)
- BEUTHIN. — Tumeurs combinées de l'utérus. (*Monatschrift für Geb. und Gynaek.*, 1914, p. 501.)
- BOURGEOIS. — La coexistence de tumeurs fibreuses de l'utérus et du cancer de cet organe (Thèse de Lyon, 1897).
- CATURANI. — Association de fibrome et de cancer de l'utérus. (*Arch. italiana du Ginec.*)
- CHALIER-BOVIER. — Fibrome utérin et cancer du col. (*Lyon médical*, 1913, p. 1076.)
- CHAREIRE. — Myome et ménopause. Tumeurs malignes. (Thèse de Montpellier, 1906.)
- DELVAL et MASSART. — Deux cas de coexistence de fibrome et de cancer de l'utérus. (*Bull. et Mém. Soc. anat. Paris*, 1912, p. 212.)
- DUCUING. — Cancer du col suivant une hystérectomie subtotale pour fibrome. (*Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*, oct. 1928.)

- EDWARD. — Myome et carcinome. (*Zeut. für Gynaek.*, 1914, p. 529.)
- FORGUE (E.) et SOULAS (M^{lle}). — Fibromes utérins et cancers épithéliaux cavitaires. (*Paris médical*, n° 51, 20 déc. 1930, p. 540.)
- FREEDMAN. — Precancer of cervix uteri; some pertinent observations on its status. (*Surg. Gynec. et Obst.*, 58, 717-726, avril 1934.)
- GODARD. — Utérus fibreux avec cancer cervical. (*Policlin. Brux.*, 1931, p. 631.)
- HAMANT et VERMELIN. — Fibrome et épithélioma. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1921, p. 321.)
- HAMMOND. — Carcinome du col associé à des fibromes multiples du corps. (*New-York Med. J.*, 1906, p. 651.)
- HARTMAN et YAKCHTCH. — Quelques considérations statistiques sur..... et sur la coïncidence du cancer et du fibrome utérin. (*Ann. de Gynéc.*, 1918, p. 40.)
- HOGENAUER. — Do benign tumors of breast form basis for development of cancer. (*Wien. Klin. Wochenschrift*, 47, 36-40 Jan 12, 1934.)
- HUMPTONE. — Fibromes multiples de l'utérus complétant un cancer du col. (*Ann. J. of Obst. and Gyn.*, t. I, 1927, p. 877.)
- JACOBS. — Cancer du col utérin et fibrome. (*Soc. belge Gyn. Obst.*, 8 juillet 1911.)
- JACOBS. — Fibrome utérin et cancer du col. (*Soc. belge Gyn. Obst.*, juillet 1913.)
- KELLER. — Prophylaxie du cancer du col. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1932, p. 146.)
- LENCZEWSKI L. (Lwów). — Czy należy Zaniechac badan drobnowodowych w przypadkach raka macicy w celach rozpoznawczych? (*Polska Gazetta Lekarska*, XII, p. 201-203, 12 mars 1933.)
- MANGIAGALLI. — Rapports héréditaires entre fibrome et cancer. (XXI^e Congrès Soc. ital. Ost. et Ginec., 1921.)

- MAGIAN. — Un nouveau traitement pour le cancer. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1931, p. 316.)
- MONOD et LANGEUSSE. — Fibrome utérin et cancer du col. (*J. méd. Bordeaux*, 1908, p. 555.)
- MONTALIER. — Epithelioma du col et fibrome. (*J. méd. Bordeaux*, 1909, p. 377.)
- NOWELLS. — Myome, sarcome et carcinome dans le même utérus. (*Ann. J. Obst.*, 1929, p. 191.)
- NISOT-WUYTS. — Fibrome de l'utérus et cancer du col. (*Bull. Soc. belge Gyn. Obst.*, 1912, p. 120.)
- OLOW. — Sur la présence simultanée de myomes et de tumeurs malignes, et de l'importance de cette coïncidence dans la question du traitement des myomes. (*Arch. mensuelles Obst. Gyn.*, 1915, p. 369.)
- PAPUS. — Wertheim pour cancer du col et fibrome. (*Soc. Obst. Gyn. Paris*, 1922, p. 392.)
- PIQUAND. — Fibromes et cancers utérins. (*Annales de Gynécologie*, 1905, p. 391.)
- PUYHAUBERT. — Fibrome du corps, cancer du col. (*J. méd. Bordeaux*, 1906, p. 613.)
- RECAPSEN. — Carcinome du col coexistant avec un myome. (*Ann. de la Acad. de Obst. Madrid*, 1912, p. 133.)
- REVERDIN. — Coexistence dans le même utérus d'un fibrome et d'un carcinome. (*Schweiz. Med. Wochensch.*, Basel, 1922, p. 375.)
- SAVARIAUD. — Fibrome utérin et cancer du col ignoré. (*Bull. Soc. Chir. Paris*, 1906, p. 1090.)
- SCHUTZE. — Carcinoma colli utéri myomatosi (*Deutsche Med. Wochensch.*, 1911, p. 1420.)
- SOLLAS. — Fibromes utérins et cancer épithéliaux cavitaires. (Thèse de Montpellier, 1930.)
- STRASSER (Max). — Sarkomatöse Degeneration in einen myomatösen uterus mit ausgedchntem Adenocarcinom des endometriums. (*Zeut. für Gynäkologie*, 1924, p. 416.)
- TOURNEUX et SAINT-MARTIN. — Fibrome et cancer de l'utérus. (*Toulouse Médical*, 1913.)

- UNDSTRÖMER. — Contribution to question of simultaneous malignam tumor and myoma of uterus. (*Acta Obst. et Gyn. Scandinav.*, 1929, p. 112.)
- VERDIER. — Cancer épithélial et sarcome diffus de la muqueuse utérine. Hématomatric. (Thèse de Paris, 1906.)
- WACHTEL (Kraków). — Kilka uwag w sprawie leczenia raka. (*Polska Gazeta lekarska*, XII, 12 mars 1933.)
- WEISS et HAMANT. — Epithélioma et fibrome. (*Revue médicale de l'Est*, 1920, p. 335.)
- WINTER. — Relation entre le carcinome et le fibrome utérin. (*Zeut. f. Geb. und Gynaek.*, 1906, p. 10.)
-

VU:

Nancy, le 17 Juillet 1935.

Le Président de Thèse,

HOCHÉ.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy, le 17 Juillet 1935.

P. le Doyen de la Faculté de Médecine,

L'Assesseur,

R. COLLIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy, le 18 Juillet 1935.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — <i>Introduction</i>	7
CHAPITRE II. — <i>Historique</i>	9
CHAPITRE III. — <i>Observations</i>	11
CHAPITRE IV. — <i>Etude anatomo-pathologique et patho- génique</i>	23
CHAPITRE V. — <i>Diagnostic et symptomatologie</i>	32
CHAPITRE VI. — <i>Conduite à tenir et méthodes de trai- tement</i>	42
CONCLUSIONS	53
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	55
